中药湿敷联合康复指导对一例肩袖损伤术后Ⅰ型CRPS的应用效果观察

孔 华，邢 亮，张 盼，杨如心

（中国中医科学院望京医院 关节四科，北京 100102）

摘要：复杂性局部疼痛综合征（CRPS）是肩关节术后出现的罕见并发症之一。本文总结了中药湿敷联合康复指导在一例肩袖损伤术后合并Ⅰ型CRPS患者临床护理治疗当中的护理经验。在传统的中药湿敷操作基础上进行技术改良，使中药温度恒定提高患者舒适体验，并结合个性化的康复指导方案，改善肩袖损伤术后合并Ⅰ型CRPS的疼痛及关节活动度受限等症状，提高患者生活质量。

关键词：复杂性局部疼痛综合征；护理；中药湿敷；康复指导

The clinical observation of traditional Chinese medicine wet compress combined with rehabilitation guidance in one case of type I CRPS after rotator cuff tear repair procedure

KONG Hua，XING Liang，ZHANG Pan，YANG Ruxin

（*The Fourth Department of Joints，Wangjing Hospital，Chinese Academy of Chinese Medical Sciences，Beijing 100102*）

ABSTRACT：Complex regional pain syndrome（CRPS）is one of the most rare complications after shoulder operation. This article summarized the nursing experience of traditional Chinese medicine wet compress combined with rehabilitation guidance in a patient with type I CRPS after rotator cuff tear repair procedure. On the basis of traditional Chinese medicine wet compress technique，technical improvements were made to keep the temperature of traditional Chinese medicine constant for improving the patient´s comfortable experience. Meanwhile，the improved technique combined with personalized rehabilitation guidance programs can reduce the pain and the limitation joint range of motion of the patient ，who suffered type I CRPS after rotator cuff tear repair operation. Finally，the quality life of patient was improved.

KEY WORDS：complex regional pain syndrome；nursing；traditional Chinese medicine wet compress；rehabilitation guidance

引言

复杂性局部疼痛综合征（complex regional pain syndrome，CRPS）CRPS是一种以持续性局部疼痛为特征的综合征，通常在创伤或手术后表现出来，在时间或程度上常与已知的任何创伤或其他病变不相符[1-2]。目前，关于Ⅰ型CRPS的发病机制尚未明确，故临床上也无统一公认治疗的方法[3]。物理和职业治疗是CRPS患者康复过程中的一个关键组成部分，业内普遍建议作为一线治疗[4]。对于骨科术后合并Ⅰ型CRPS，会存留疼痛、肿胀，皮肤菲薄，筋伤萎软[5-6]，关节僵硬伴屈伸不利的表现，中医认为属于骨断筋伤病范畴，病机为肢体筋脉受损。外科之法，最重外治，中药湿敷临床护理应用的研究主要涉及皮肤及皮下组织、运动系统和生殖系统的相关疾病中[7]。中药湿敷是临床中西医结合护理方法之一，在骨科术后缓解疼痛、肿胀等症状当中广为应用[8]。

本文总结中药湿敷联合康复指导在一例肩袖损伤术后合并Ⅰ型CRPS患者的护理经验，探讨

收稿日期：XXXX－XX－XX

通信作者：邢亮，骨科临床护理，E-mail：13910121193@139. com，13910121193

中药湿敷联合康复指导在肩袖损伤术后合并Ⅰ型CRPS的应用效果，现报道如下。

1 病例资料

患者李某，女性，68岁，于2021年12月3日收入院。入院生命体征：体温63.4℃，脉搏70次/min，呼吸18次/min，血压124/70mmHg。主诉："右肩袖缝合修复术后右肩关节及上臂疼痛，活动受限2月余。"既往：高血压病史10余年；腰椎间盘突出3年。无食物药物过敏史。刻下症见：患者右肩及上臂肌肉持续疼痛，右肩被动活动轻度受限，主动活动恢复欠佳。患者自发病以来无异常寒热，胃纳可，夜眠欠安，二便调。中医望闻问切：患者神志清楚，表情自然，面色荣润，体形中等，体态自如。语言清晰，高亢而有力，无异常气味闻及。舌苔薄白，舌体大小适中无齿痕，活动自如，舌底脉络色红，未见迂曲，脉弦细。专科查体：患者自行步入病房，右肩外展支具外固定。右肩部异常疼痛，轻度肿胀，右肩被动活动度：外展120°，前屈140度，内旋40°，外旋40°。右肩主动活动度：外展60°，前屈100°，内旋30°，外旋30°。

患者符合英国皇家医学院临床规范研究所于2018年更新的"成年人复杂性局部疼痛综合征(CRPS in adult)指南第二版[9]"中Ⅰ型CRPS的临床诊断：与原发伤害性事件不相称的持续性疼痛。入院诊断：中医诊断为伤筋病，气滞血瘀证；西医诊断为右肩袖损伤术后合并Ⅰ型CRPS。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估　入院后医护人员采用疼痛视觉模拟评分法(visual analogue scale，VAS)对患者疼痛情况进行评估，0分为无痛感，1–3分为轻度疼痛，4–6分为中度疼痛，7–10分为重度疼痛，10分则为剧痛。此患者12月3日入院时疼痛评分为6分。

2.1.2 肩关节功能评价　采用肩关节功能评价量表[10]进行评价肩关节功能。该量表由疼痛、肩关节活动范围、肌力、日常活动能力、局部形态5个部分组成。满分100分。得分越高，肩关节功能越好。本患者12月3日入院后初次肩关节功能评分结果见表1。

表1　肩关节功能评分

项目	单项评分(分)	总分(分)
疼痛	10	
肩关节活动范围	16	
肌力	3	
日常活动能力	15	49
局部形态	5	

2.2 护理计划

结合患者右肩部的疼痛及活动能力等状况，患者的护理计划见表2。

表2　患者护理计划

症状评估	相关因素	护理目标
疼痛	与出现并发症有关	疼痛缓解
自理能力缺陷	与关节活动度受限有关	肩关节活动度增强，基本满足日常生活需求

2.3 护理措施

2.3.1 右肩部疼痛护理措施　采取改良后的中药湿敷方法改善患者疼痛症状。具体方剂及用法如下：大黄15g，黄芩15g，黄连15g，当归15g，白芷15g，防风15g，海桐皮15g，透骨草15g，伸筋草15g，威灵仙15g，乳没各15g，川椒15g，桃红各10g，苍术15g，荆芥15g，延胡索15g。该方煎煮过程由草药房完成。护士操作时将煎煮好的中药放于温药器内并加热至38–43℃，后维持固定温度38℃不变。将温好的中药倒入治疗盘内，把医用棉垫充分浸湿后取出外敷至患处，两块棉垫交替使用，五分钟更换一次。每日实施中药湿敷一次，每次20min，两周为一个疗程。

2.3.2 自理能力缺陷护理措施　根据患者的肩关节状况制定个性化的康复计划。此计划分为两个阶段。第一个阶段是入院第一周。康复目标是恢复抬臂90度以下的正常肩肱节律，逐渐恢复抬臂90度以下的低强度日常生活活动。第二个阶段是入院第二周，康复目标是加强肩关节肌力训练，继续增强肩关节周围肌群的稳定性。

第一阶段康复指导方法：在健康手臂的协助下利用木棍、拐棍等器具，做前屈、外展、外旋等主动运动，每个动作到达最大限度后维持10秒，每日三组，每组10次；卧位时使用小重量的哑铃做肘部以下的屈伸运动，锻炼肱二、三头肌肌肉力量；每日采取45度角向斜下方按压充气球，按压时保持身体不晃动，维持按压30秒，每日三组，每组5次，这样可也激活斜方肌、三角肌、前锯肌等

肩胛骨周围肌群;睡觉时采取健侧卧位或平卧位,避免患侧受压。站立式佩戴颈外吊带使肩部处于外展中立位,用梳子由前方至后方练习梳头每次一分钟,每日三次,提高日常生活能力。

第二阶段康复指导方法:利用弹力带做肩关节前屈、外展、外旋、内旋等方位的牵拉训练,每个动作到达最大限度后维持10秒,每日三组,每组10次;在增强肌肉稳定性训练方面主要是利用充气球做水平位维持按压训练,每次按压1min保持身体不晃动,每日三组,每组10次。

3 结果

3.1患者经两周的中药湿敷及康复指导后患者肩部疼痛明显较前缓解。结果对比见表3。

表3 VAS评分

项目	入院评分(分)	两周后评分(分)
疼痛	6	2

3.2经两周的中药湿敷及康复指导后患者肩关节功能明显较前改善。结果对比见表4。

表4 肩关节功能评价量表对比

项目	入院评分(分)	两周后评分(分)
疼痛	10	25
肩关节活动范围	16	24
肌力	3	4
日常活动能力	15	33
局部形态	5	5
总分	49	91

4 讨论

骨科术后合并CRPS使得术后管理复杂化,严重影响患者术后康复进程。CRPS常被认为是骨折及术后并发症之一[11],该病发病率为0.005%-0.020%,因发病率低、临床表现复杂多样,临床误诊、漏诊率较高[12]。可见肩关节术后出现CRPS并发症较为罕见。及时有效的康复与护理有助于尽早尽快缓解术后软组织肿胀、肌肉萎缩、骨质疏松、关节活动受限以及肌腱粘连,缩短康复进程,尽快提高患者术后生活质量。故临床护理时需采取个体化、多学科,中西医结合护理的方法以达到缓解疼痛症状这一目的[13]。

中医学认为,肢体骨断筋伤后经脉受损,气血运行不畅,日久导致伤部气滞血瘀,不通则痛。离经之血溢于脉外,故见肿胀;外伤日久,损及正气,气虚无力运行血液,故肿胀难消。气血凝涩,经络痹阻,皮肤、爪甲失却濡养,故皮肤变薄萎缩。损伤日久卫外不足,寒邪入侵关节,故见关节僵硬疼痛、屈伸不利。患者骨折及术后因疼痛限制其活动,且固定时间较长,久之则出现肌肉萎废,关节僵硬表现。《医学源流论》中有云"外科之法,最重外治",中药湿敷给药操作方便、给药部位易于清理、发生不良反应时便于及时中断给药,既没有口服给药对胃肠道的刺激,也避免了注射给药的疼痛感和感染率[14]。

我科中药湿敷选用了"蠲痹洗剂"其组方思路为《千金翼方》中"三黄汤"三味主药联合《仙授理伤续断秘方》中"仙正散"洗剂及《医宗金鉴》中"海桐皮汤"加减,尽管原方多用于内治,但《理瀹骈文》上所述"外治之理即内治之理,外治之药即内治之药,所异者法尔",以内服之功效理论指导该方用于外敷,刺激局部病变组织,取其活血化瘀,宣痹止痛之功。该组方由大黄、黄芩、黄连三位药物组成,大黄其性味苦寒,有清热泻火、止血、解毒、活血祛瘀之功。黄芩、黄连共性味苦寒,二药辅助大黄以清解蕴结之邪,使热毒去,湿邪亡,脉络自通。当归补血调经、活血止痛之效,白芷祛风止痛、消肿排脓之效,防风胜湿止痛,止痉。此外,该外洗方中辅以海桐皮、伸筋草、透骨草、路路通、威灵仙舒筋通络;乳香、没药、川芎、红花活血止痛。荆芥、苍术祛风散寒。诸药合用,具有较好的活血散瘀,宣痹止痛之效。现代药学研究大黄具有抗感染,抗过敏,降低局部毛细血管通透性和脆性,止血等作用。且现代研究发现黄芩煎剂在体外较广的抗菌谱。黄连除有很广的抗菌作用外还可有增强白细胞的吞噬能力,松弛血管平滑肌,镇静、镇痛作用[15]。所以合用三黄协同镇痛,增强白细胞吞噬能力可加快CRPS反应区域炎性介质消除速度,从而加速康复。当归、白芷、防风三药均具有解热镇痛、抗炎,扩张毛细血管作用,尤其防风及白芷浸剂及体外试验中作用更为明显[16-17]。而CRPS其受累部位表皮及交感神经及痛觉神经末梢感受器通过中药药物成分作用后,产生解热、镇痛作用。

中药湿敷是国家中药管理局18项中医护理技术之一,此病例在临床护理中将这项技术进行了技术的改良。通过使用恒温的温药器将药物的温度始终维持在38℃,并且使用了吸水性更好的棉垫而不是纱布,减少了药物外溢。同时5min更换一次棉垫。由于这一系列的改良方法,成功地

规避了中药湿敷在传统操作方法当中无法控温的劣势，很好地维持了药物的温度，从而扩张毛细血管增加代谢速度，可促进病变区域炎性反应介质的吸收及代谢，从而加速组织恢复进展，提高患者的舒适感。

综上所述，本案例创新改良了传统技术中药湿敷的操作方法，结合个性化的康复指导在改善肩袖损伤术后合并I型CRPS方面具有一定的作用，能够减轻患者疼痛，并且本着以人为本，提高患者舒适度的护理理念，扩大了中药湿敷的治疗范围。肩袖缝合术后合并I型CRPS实属罕见，治疗较为棘手，患者生活质量普遍不高，而本案例首次将改良的中药湿敷技术与康复指导联合应用到患者的临床护理当中取得一定疗效。然而，本案例当中的护理方案仍存在一定不足。患者康复治疗方案个性化较强，不适用多数肩袖损伤术后此阶段的常规康复方案，需根据患者术后情况辨证施治。

患者知情同意 本病例报告公开得到患者的知情同意。

利益冲突声明：本文无利益冲突

参考文献

[1] CUTTS S, GANGOO S, SRINIVASAN SH, et al. Complex regional pain syndrome: an evolving perspective [J]. Postgrad Med J, 2021, 97 (1146): 250-255.

[2] ZANGRANDI A, ALLEN DEMERS F, SCHNEIDER C. Complex regional pain syndrome. A comprehensive review on neuroplastic changes supporting the use of non-invasive neurostimulation in clinical settings[J]. Front Pain Res, 2021, 2: 732343.

[4] GOH EL, CHIDAMBARAM S, MA DQ. Complex regional pain syndrome: a recent update [J]. Burns Trauma, 2017, 5: 2.

[5] GOEBEL A, BARKER C, BIRKLEIN F, et al. Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome: results of a European Pain Federation task force[J]. Eur J Pain, 2019, 23(4): 641-651.

[6] HALICKA M, VITTERSØ AD, PROULX MJ, et al. Neuropsychological changes in complex regional pain syndrome (CRPS)[J]. Behav Neurol, 2020, 2020: 4561831.

[7] 杨晓婷，马小琴. 中药湿敷法临床护理应用的文献计量分析[J]. 护士进修杂志，2017, 32(2): 181-183.

[8] 李巧萍，王校宇，黎小霞，等. 活血通络汤湿敷联合持续加压冷疗治疗四肢骨折肿胀的临床观察[J]. 按摩与康复医学，2020, 11(12): 48-51.

[9] GOEBEL A. Complex regional pain syndrome in adults[J]. Rheumatology (Oxford), 2011, 50(10): 1739-1750.

[10] 曲怡. 按动疗法治疗肩周炎的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘，2018, 18(75): 163, 167.

[11] SHIM H, ROSE J, HALLE S, et al. Complex regional pain syndrome: a narrative review for the practising clinician[J]. Br J Anaesth, 2019, 123(2): e424-e433.

[12] 王家宾，李庆忠，姜德全，等. 复杂性区域疼痛综合征1例分析[J]. 人民军医，2020, 63(12): 1226-1230.

[13] 从洋洋，邱晓，高天昊，等. 对1例肩袖损伤术后并发复杂性区域疼痛综合征患者的康复治疗[J]. 上海医药，2021, 42(9): 3-5, 42.

[14] 孙怀庆. 中药湿敷联合淋巴按摩对缓解乳腺癌患者术后上肢淋巴水肿的作用分析[J]. 医学理论与实践，2022, 35(15): 2589-2591.

[15] 袁红网，刘华，张星. 复方三黄汤溻渍治疗2型糖尿病合并下肢丹毒的效果观察[J]. 实用临床医药杂志，2020, 24(18): 109-112.

[16] 刘克舜，姜维，胡娜，等. 防风联合白芷治疗疮毒(急性皮下炎症)的实验研究[J]. 西北药学杂志，2021, 36(2): 238-243.

[17] 刘葭. 当归汤用于炎症相关结直肠癌预防有效物质研究与多元释药系统构建[D]. 北京：北京中医药大学，2020.

